



Emmanuel Hernández Domínguez

Dr. Carlos Manuel Hernández Santos

Resumen

Geriatría

6-B

Comitán de Domínguez Chiapas a 04 de julio de 2025.

1. Enfermedades tiroideas en el adulto mayor

Las disfunciones tiroideas en el anciano comprenden, principalmente, el hipotiroidismo clínico y subclínico, así como el hipertiroidismo, que incluye también la tirotoxicosis apatética. En el envejecimiento se producen cambios fisiológicos que afectan el eje hipotálamo-hipófisis-tiroides, con una ligera elevación de TSH con la edad sin significancia clínica, lo que dificulta el diagnóstico del hipotiroidismo subclínico.

- Hipotiroidismo subclínico: TSH elevada con T4 libre normal.
- Hipotiroidismo clínico: TSH elevada con T4 libre disminuida.
- Hipertiroidismo subclínico: TSH baja con T4 y T3 normales.
- Tirotoxicosis: TSH baja con T4 y/o T3 elevadas.

Clínica

La presentación clínica en geriatría suele ser insidiosa, con síntomas que se confunden con el envejecimiento normal:

- Hipotiroidismo: Fatiga, lentitud mental, piel seca, bradicardia, constipación, deterioro cognitivo, dislipidemia, anemia normocítica. Puede simular depresión o demencia.
- Hipertiroidismo: En adultos mayores, puede manifestarse como tirotoxicosis apatética, con pérdida de peso, fibrilación auricular, debilidad muscular proximal, ansiedad o deterioro funcional, sin síntomas clásicos como temblor o hiperreflexia.

Diagnóstico

- Pruebas de función tiroidea: TSH ultrasensible, T4 libre. En algunos casos, T3 total.
- Evaluar presencia de anticuerpos antiperoxidasa tiroidea (anti-TPO) en hipotiroidismo subclínico persistente.
- ECG para descartar arritmias en hipertiroidismo.
- Importancia de interpretar TSH con cautela en presencia de enfermedades no tiroideas (síndrome del eutiroideo enfermo).

Tratamiento

Hipotiroidismo clínico:

- Levotiroxina, iniciando con dosis bajas (12.5–25 mcg/día), ajustando lentamente cada 4–6 semanas.

- Objetivo: normalizar TSH (0.5–4.5 mUI/L), evitando sobretratamiento que aumenta riesgo de fibrilación auricular y pérdida ósea.

Hipotiroidismo subclínico:

- Se trata si: TSH >10 mUI/L, síntomas evidentes, dislipidemia, presencia de anti-TPO, o enfermedad cardiovascular.
- En pacientes >80 años con TSH <10, generalmente no se trata.

Hipertiroidismo:

- Antitiroideos (metimazol), beta bloqueadores (propranolol) para síntomas adrenérgicos.
- Considerar yodo radiactivo en enfermedad de Graves o bocio tóxico nodular.
- Seguimiento estrecho por riesgo de descompensación cardíaca.

2. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en el adulto mayor

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una entidad respiratoria crónica, caracterizada por una obstrucción persistente del flujo aéreo, generalmente progresiva y asociada a una respuesta inflamatoria anómala a partículas nocivas o gases, particularmente el humo del tabaco. En el adulto mayor, esta enfermedad tiene particularidades diagnósticas y terapéuticas, debido a la coexistencia de comorbilidades, cambios fisiológicos pulmonares por la edad y presentación clínica atípica.

El envejecimiento pulmonar incluye disminución de la elasticidad pulmonar, aumento del espacio muerto y reducción de la respuesta ventilatoria. Esto puede enmascarar los síntomas iniciales del EPOC o exagerarlos ante eventos agudos.

Clínica

Los síntomas cardinales son:

- Disnea (progresiva, persistente, inicialmente de esfuerzo)
- Tos crónica (habitualmente matutina, productiva)
- Expectoración (blanca o amarillenta)
- Sibilancias y sensación de opresión torácica

En el adulto mayor, puede predominar el deterioro funcional, la fatiga, la pérdida de peso y la exacerbación de comorbilidades como insuficiencia cardíaca o

desnutrición. Es común el infradiagnóstico, ya que la disnea se atribuye erróneamente al envejecimiento fisiológico.

Diagnóstico

- Espirometría: prueba de oro. Obstrucción definida como $FEV1/FVC < 0.70$ post-broncodilatador.
- Grado de severidad según FEV1:
 - Leve: $\geq 80\%$
 - Moderado: 50–79%
 - Severo: 30–49%
 - Muy severo: $<30\%$
- Radiografía de tórax: hiperinflación, aplanamiento diafragmático, aumento del espacio retroesternal.
- Gasometría arterial: útil en pacientes con exacerbaciones, sospecha de hipercapnia o hipoxemia crónica.
- Escalas funcionales:
 - mMRC (Modified Medical Research Council) para valorar disnea.
 - CAT (COPD Assessment Test) para calidad de vida relacionada con EPOC.

Tratamiento

1. Medidas generales

- Suspensión total del tabaquismo
- Vacunación antigripal y antineumocócica
- Rehabilitación pulmonar (ejercicio supervisado, fisioterapia respiratoria)
- Educación para el autocuidado y manejo de exacerbaciones

2. Tratamiento farmacológico

- Broncodilatadores de acción prolongada (LAMA, LABA): tiotropio, salmeterol, formoterol
- Beta-agonistas de acción corta (SABA) o anticolinérgicos (ipratropio) para alivio sintomático
- Corticoides inhalados: indicados en pacientes con fenotipo mixto (asma-EPOC), o exacerbaciones frecuentes.

- Teofilina: de uso limitado por perfil de efectos adversos y riesgo de toxicidad en geriatría.

3. Tratamiento de exacerbaciones

- Broncodilatadores inhalados de acción corta (salbutamol, ipratropio)
- Corticoides sistémicos (prednisona 40 mg/día por 5–7 días)
- Antibióticos si hay signos de infección (purulencia del esputo, fiebre, aumento del volumen del esputo)
- Oxigenoterapia controlada si $\text{SatO}_2 < 88\%$

Oxigenoterapia domiciliaria

Indicada en pacientes con:

- $\text{PaO}_2 \leq 55$ mmHg, o
- PaO_2 56–59 mmHg con signos de hipertensión pulmonar, cor pulmonale o poliglobulia

Debe administrarse al menos 15 horas al día, bajo control médico especializado.

Consideraciones geriátricas

- Evaluar deterioro cognitivo, fuerza muscular, capacidad funcional y fragilidad.
- Supervisar la correcta técnica inhalatoria: el mal uso de inhaladores es común y limita la eficacia del tratamiento.
- Polifarmacia: evitar interacciones medicamentosas (por ejemplo, entre teofilina y antibióticos como ciprofloxacino).
- Riesgo nutricional y sarcopenia: la desnutrición agrava la disnea y la debilidad.

3. Trastornos de la deglución (Disfagia) en el adulto mayor

La disfagia es la dificultad para el paso de alimentos o líquidos desde la boca hasta el estómago. En geriatría, su prevalencia puede alcanzar hasta el 50% en adultos mayores institucionalizados, y se asocia con desnutrición, deshidratación, neumonía por aspiración, hospitalización y mortalidad.

Se clasifica en dos grandes tipos:

- Disfagia orofaríngea: dificultad para iniciar la deglución. Es la más común en geriatría.
- Disfagia esofágica: dificultad para el paso del bolo a través del esófago.

En el envejecimiento, la sarcopenia de los músculos deglutorios, la disminución de la sensibilidad orofaríngea y la comorbilidad neurológica (EVC, Parkinson, demencia) predisponen a disfagia.

Clínica

- Tos o carraspeo al comer
- Cambios en el tono de voz (“voz húmeda”)
- Babeo o residuos de comida en boca
- Deglución prolongada o fraccionada
- Neumonías recurrentes (por aspiración)
- Pérdida de peso, desnutrición, fiebre inexplicada

Diagnóstico

Evaluación clínica

- Prueba volumen-viscosidad (MECV-V): evalúa riesgo de aspiración con volúmenes y viscosidades progresivas.
- Test de agua de 3 oz: presencia de tos, voz húmeda o incapacidad para completar la prueba sugiere disfagia.

Evaluación instrumental

- Videofluoroscopia (VFG): gold standard para disfagia orofaríngea.
- Endoscopia deglutoria (FEES): alternativa útil en pacientes encamados o frágiles.
- Manometría esofágica: útil para disfagia esofágica funcional.

Escalas

- EAT-10 (Eating Assessment Tool-10): autoevaluación de síntomas (cut-off ≥ 3).
- Escala GUSS (Gugging Swallowing Screen): evalúa seguridad y eficacia de la deglución.

Tratamiento

Medidas generales

- Posición erguida de 90° durante y después de las comidas (30–60 minutos)
- Fraccionamiento de comidas, ritmo lento
- Eliminación de distracciones al comer

Adaptación dietética

- Modificación de textura de alimentos y líquidos (según IDDSI: International Dysphagia Diet Standardisation Initiative)
- Uso de espesantes o trituradores
- Alimentación por sonda nasogástrica solo en casos seleccionados (nunca permanente)

4. Infecciones en el adulto mayor

Las infecciones en el adulto mayor son una causa frecuente de hospitalización, deterioro funcional agudo y mortalidad. El envejecimiento del sistema inmunológico, conocido como inmunosenescencia, reduce la respuesta inmune innata y adaptativa, haciendo que las infecciones sean más frecuentes, atípicas y difíciles de diagnosticar.

Además, factores como la institucionalización, polifarmacia, comorbilidades crónicas (diabetes, EPOC, insuficiencia renal) y dispositivos invasivos (sondas, catéteres) aumentan el riesgo de infecciones nosocomiales.

Clínica

Los adultos mayores suelen presentar manifestaciones atípicas de infección. La fiebre puede estar ausente o ser baja, y los síntomas clásicos pueden no estar presentes.

Manifestaciones frecuentes:

- Delirium o confusión aguda
- Caídas inexplicadas
- Deterioro funcional súbito
- Anorexia, debilidad, incontinencia nueva
- Cambios conductuales o en el estado de conciencia

Infecciones más frecuentes

1. Infección del tracto urinario (ITU)

- Más común en mujeres postmenopáusicas e institucionalizados.
- Clínica: disuria, urgencia, incontinencia nueva, fiebre o confusión.
- Evitar tratar bacteriuria asintomática, salvo en embarazadas o antes de procedimientos urológicos.

2. Neumonía

- Clínica: taquipnea, hipoxemia, somnolencia, tos no siempre presente.

- La neumonía por aspiración es frecuente por disfagia no diagnosticada.
- Diagnóstico: Rx de tórax, leucocitosis, PCR, hipoxemia.

3. Infección cutánea (celulitis, úlceras infectadas)

- Factores de riesgo: úlceras por presión, mala perfusión periférica.
- Cuidado con signos sistémicos: fiebre, dolor, eritema extendido.

4. Infecciones gastrointestinales

- Diarrea por *C. difficile* en pacientes con reciente uso de antibióticos.
- Sospechar en casos de diarrea acuosa, dolor abdominal y leucocitosis.

5. Infecciones asociadas a dispositivos (sondas urinarias, catéteres)

- Frecuentes en pacientes institucionalizados.
- Requieren valoración cuidadosa para evitar sobretratamiento.

Diagnóstico

- Biomarcadores: PCR, procalcitonina (útil en infecciones bacterianas).
- Urocultivo en ITU solo si hay síntomas compatibles.
- Hemocultivos en fiebre sin foco aparente o sospecha de sepsis.
- Imágenes: Rx tórax, TC si sospecha abdominal o neurológica.

Tratamiento

- Iniciar antibióticos empíricos si hay alta sospecha clínica, ajustando según cultivos.

Selección antibiótica debe considerar:

- Función renal
- Riesgo de resistencia (antecedentes de uso de ATBs, institucionalización)
- Estado nutricional y peso corporal
- Evitar antibióticos innecesarios: alto riesgo de eventos adversos y resistencia.
- Evaluar riesgo de delirium por antibióticos (fluoroquinolonas, cefalosporinas).
- Ajustar dosis según TFG.
- Prevenir infecciones con higiene, vacunación (influenza, neumococo, COVID-19), y manejo adecuado de sondas o catéteres.
- Educación al cuidador: identificar signos de alarma.

5. Sepsis en el adulto mayor

La sepsis es una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped ante una infección. En geriatría, representa una de las principales causas de mortalidad hospitalaria y prolongación de la estancia. Su presentación es atípica, su progresión rápida, y muchas veces se infradiagnostica.

El envejecimiento se asocia a:

- Inmunosenescencia (respuesta inmune deficiente)
- Inflamaging (estado proinflamatorio crónico)
- Alteración de barreras fisiológicas
- Comorbilidades que reducen la reserva funcional

Estos factores aumentan la susceptibilidad a infecciones graves, con menor capacidad para montar una respuesta efectiva.

Clínica

Los adultos mayores con sepsis frecuentemente no presentan fiebre ni taquicardia. Los síntomas pueden ser sutiles y confundirse con otras condiciones como deterioro cognitivo o eventos neurológicos.

Manifestaciones frecuentes:

- Confusión aguda o delirium
- Hipotermia o temperatura normal
- Taquipnea o disnea leve
- Hipotensión
- Oliguria
- Caídas recientes, debilidad súbita
- Alteración del estado funcional o del apetito

Diagnóstico

Criterios de Sepsis (Sepsis-3)

- Sepsis: sospecha de infección + aumento ≥ 2 puntos en SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)
- Sin embargo, en geriatría muchas veces se usa qSOFA por practicidad:
- Frecuencia respiratoria ≥ 22

- Estado mental alterado (GCS < 15)
- PAS ≤ 100 mmHg

Un qSOFA ≥ 2 sugiere alto riesgo de mal pronóstico.

Estudios complementarios

- Biomarcadores: leucocitos, procalcitonina, PCR, lactato sérico (>2 mmol/L indica hipoperfusión)
- Gasometría arterial (acidosis metabólica, hipoxemia)
- Urocultivo, hemocultivos, radiografía de tórax, TC de abdomen según sospecha del foco

Tratamiento

1. Antibióticos empíricos

- Iniciar en la primera hora tras sospecha.
- Elegir según foco probable, comorbilidades y riesgo de gérmenes resistentes.
- Revalorar en 48–72 h con cultivos y respuesta clínica.

2. Reanimación hemodinámica

- Cristaloides 30 ml/kg en primeras 3 horas (ajustado en ancianos frágiles o con ICC)
- Vasopresores (noradrenalina) si persiste la hipotensión
- Monitorizar diuresis, PAM, estado de conciencia

3. Soporte orgánico

- Oxigenoterapia o ventilación mecánica si hipoxemia severa
- Corrección de alteraciones electrolíticas, ácido-base, glucosa
- Evitar fármacos nefrotóxicos, ajustar según función renal

6. Osteoporosis en el adulto mayor

La osteoporosis es una enfermedad metabólica caracterizada por la disminución de la masa ósea y la alteración de la microarquitectura del hueso, lo que incrementa la fragilidad ósea y el riesgo de fracturas. Es especialmente prevalente en personas mayores de 65 años, con mayor incidencia en mujeres posmenopáusicas.

El envejecimiento óseo implica un desequilibrio entre la resorción y formación ósea, con predominancia de la resorción por osteoclastos y disminución de la actividad

osteoblástica. La disminución de estrógenos en mujeres y de testosterona en hombres contribuye a esta pérdida ósea.

Clínica

La osteoporosis es una enfermedad silente hasta que ocurre una fractura. Las fracturas más comunes son:

- Fracturas vertebrales (compresión), que pueden causar dolor lumbar crónico, disminución de la estatura y cifosis dorsal.
- Fracturas de cadera, que implican alta morbimortalidad y pérdida funcional.
- Fracturas de muñeca y antebrazo.

El dolor óseo, deformidades y pérdida funcional son manifestaciones frecuentes tras la fractura.

Diagnóstico

- Densitometría ósea (DXA): método estándar para medir la densidad mineral ósea (DMO).
- T-score \leq -2.5 indica osteoporosis.
- T-score entre -1.0 y -2.5 se considera osteopenia.
- Evaluación clínica con herramientas como la FRAX (Fracture Risk Assessment Tool), que calcula riesgo de fractura en 10 años tomando en cuenta factores clínicos y densitometría.
- Radiografía simple para detectar fracturas vertebrales y otras.

Factores de riesgo

- Edad avanzada, sexo femenino
- Historia previa de fracturas
- Bajo índice de masa corporal ($<20 \text{ kg/m}^2$)
- Deficiencia de vitamina D y calcio
- Uso crónico de corticoides, antiepilépticos, inhibidores de la aromatasa
- Sedentarismo y tabaquismo

Tratamiento

1. Medidas generales

- Suplementación con calcio (1000-1200 mg/día) y vitamina D (800-1000 UI/día)
- Ejercicio físico regular (resistencia y balance) para prevenir caídas

- Prevención de caídas: adaptar el ambiente, valorar la visión, uso de dispositivos de apoyo

- Evitar consumo excesivo de alcohol y tabaco

2. Tratamiento farmacológico

- Bifosfonatos (alendronato, risedronato): inhiben la resorción ósea, primera línea en osteoporosis establecida.

- Denosumab: anticuerpo monoclonal que inhibe osteoclastogénesis.

- Terapia hormonal sustitutiva: en mujeres posmenopáusicas, con valoración de riesgo-beneficio.

- Raloxifeno: modulador selectivo de receptores de estrógeno, útil en prevención.

- Teriparatida: anabólico óseo, indicado en osteoporosis severa con alto riesgo de fractura.

- Calcitonina: menor uso por eficacia limitada.

3. Tratamiento post-fractura

- Manejo del dolor y rehabilitación intensiva

- Evaluación para prevención secundaria con fármacos

Escalas y valoración funcional

- FRAX: para riesgo absoluto de fractura.

- Evaluación geriátrica integral para detectar fragilidad y riesgo de caídas.

- Índice de Barthel para evaluar impacto funcional post-fractura.

7. Enfermedad Renal Crónica (ERC) y Lesión Renal Aguda (LRA) en el adulto mayor

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se define como una alteración estructural o funcional del riñón persistente por más de tres meses, con una tasa de filtración glomerular (TFG) disminuida (<60 ml/min/1.73 m²) o daño renal demostrado por marcadores (proteinuria, alteraciones en el sedimento urinario, imagenología).

La Lesión Renal Aguda (LRA) es un deterioro rápido y potencialmente reversible de la función renal, caracterizada por un aumento brusco de creatinina sérica y/o disminución del volumen urinario.

En el adulto mayor, la prevalencia de ERC aumenta debido al envejecimiento renal fisiológico, la presencia de comorbilidades (hipertensión arterial, diabetes mellitus), y mayor exposición a nefrotoxinas.

Clínica

La ERC suele ser asintomática en etapas iniciales. Los síntomas aparecen en estadios avanzados:

- Fatiga, anorexia, náuseas
- Prurito, alteraciones óseas (osteodistrofia renal)
- Edema periférico
- Hipertensión arterial difícil de controlar
- Anemia normocítica normocrómica
- Alteraciones neurológicas (encefalopatía urémica)

La LRA puede presentarse con oliguria/anuria, hipertensión, sobrecarga hídrica y síntomas sistémicos según el grado de afectación.

Diagnóstico

- Evaluación de la función renal:
- Creatinina sérica y cálculo de TFG (fórmulas MDRD o CKD-EPI)
- Análisis de orina (proteinuria, sedimento)
- Albuminuria cuantificada (relación albúmina/creatinina)
- Clasificación de ERC según estadio:

Categoría	TFG (mL/min/1,73 m ²)	Condiciones
G1	≥90	Daño renal con TFG normal
G2	60-89	Daño renal y ligero descenso de la TFG
G3a	45-59	Descenso ligero-moderado de la TFG
G3b		
G4	30-44	Descenso moderado de la TFG
G5	15-29	Prediálisis
	<15	Diálisis

Adaptada de: Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney inter., Suppl. 2013; 3: 1-150.

- Para la LRA se utilizan criterios como el KDIGO, que definen LRA como aumento de creatinina ≥ 0.3 mg/dL en 48 h o aumento ≥ 1.5 veces respecto a basal en 7 días, o diuresis < 0.5 ml/kg/h por más de 6 h.

Tratamiento

ERC

- Control estricto de la presión arterial (<130/80 mmHg), preferentemente con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o bloqueadores de los receptores de angiotensina II (ARA II).
- Control glucémico en diabéticos (HbA1c meta individualizada)
- Restricción proteica moderada (0.8 g/kg/día)
- Manejo de complicaciones: anemia (eritropoyetina), hiperfosfatemia, acidosis metabólica
- Evitar nefrotóxicos (AINES, contraste radiológico sin hidratación adecuada)
- Valoración para terapia sustitutiva (diálisis o trasplante) en estadios terminales

LRA

- Identificación y tratamiento rápido de la causa (hipovolemia, nefrotóxicos, infecciones)
- Soporte hemodinámico y monitorización de balance hídrico
- Ajuste de dosis de medicamentos
- Diálisis si hay complicaciones severas (hiperpotasemia, acidosis, sobrecarga)

Consideraciones geriátricas

- La disminución fisiológica de TFG con la edad hace necesario un diagnóstico cuidadoso para evitar sobretratamientos.
- Evaluación del estado funcional, polifarmacia y comorbilidades para decidir metas terapéuticas.
- Evitar hospitalizaciones innecesarias y priorizar calidad de vida.
- Educación sobre la prevención de la LRA: evitar deshidratación, uso prudente de fármacos nefrotóxicos.

8. Nutrición en el adulto mayor

La nutrición adecuada en el adulto mayor es fundamental para mantener la salud, funcionalidad y calidad de vida. El envejecimiento conlleva cambios fisiológicos que afectan el apetito, la absorción, el metabolismo y la composición corporal, favoreciendo el riesgo de malnutrición tanto por déficit como por exceso.

El deterioro untricional se asocia a sarcopenia, fragilidad, mayor susceptibilidad a infecciones, retraso en la cicatrización y peor pronóstico en enfermedades crónicas.

Cambios relacionados con la edad

- Disminución del apetito (anorexia del anciano) por alteraciones en señales hormonales (grelina, leptina), cambios en el gusto y olfato.
- Reducción de la masa muscular y aumento de tejido adiposo (sarcopenic obesity).
- Disminución de la motilidad gastrointestinal y secreción de enzimas.
- Alteraciones en la absorción de nutrientes (calcio, vitamina B12, hierro).

Clínica

- Pérdida de peso involuntaria
- Debilidad y fatiga
- Alteración del estado de ánimo y cognitivo
- Mayor frecuencia de infecciones
- Edemas por hipoalbuminemia
- Deterioro funcional y caídas

Evaluación nutricional

- Historia clínica: ingesta dietética, cambios recientes, síntomas digestivos, enfermedades crónicas.
- Examen físico: peso, talla, IMC, pliegue cutáneo, fuerza de prensión manual.
- Herramientas estandarizadas:
 - Mini Nutritional Assessment (MNA): válida y confiable para screening de riesgo nutricional y malnutrición.
 - Índice de masa corporal (IMC): valores $<22 \text{ kg/m}^2$ en >70 años sugieren malnutrición.
 - Bioimpedancia para evaluación de masa muscular (no siempre disponible).
 - Laboratorio: albúmina, prealbúmina, hemoglobina, electrolitos, vitaminas (B12, D).

Tratamiento y manejo

Intervenciones dietéticas

- Dieta equilibrada con aporte adecuado de macronutrientes (proteínas 1.0-1.2 g/kg/día), micronutrientes, y energía.
- Fraccionamiento de comidas para facilitar la ingesta.

- Suplementación con vitaminas y minerales según deficiencias detectadas (vitamina D, calcio, B12).

Manejo de trastornos asociados

- Tratamiento de disfagia o xerostomía si están presentes.
- Control de patologías crónicas que afectan la nutrición (diabetes, insuficiencia renal).
- Rehabilitación física para mejorar la masa muscular y funcionalidad.

Nutrición enteral o parenteral

- Indicada en casos de malnutrición severa o incapacidad para la ingesta oral.
- Valoración cuidadosa para decidir el método más adecuado (sonda nasogástrica, gastrostomía).
- Monitorización estrecha para evitar complicaciones (aspiración, diarrea, sobrecarga hídrica).

Consideraciones geriátricas

- Identificación temprana del riesgo nutricional para evitar deterioro funcional y hospitalizaciones.
- Trabajo multidisciplinario con nutrición, geriatría, fonoaudiología y enfermería.
- En ancianos con fragilidad y enfermedades terminales, enfoque en confort y calidad de vida.